นิพนธ์ต้นฉบับ | Original Articles

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการและผลการรักษาในเด็กออทิสติก คลินิกพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

Factors Associated with Symptom Severity and Treatment Outcomes in Children with Autism Spectrum Disorder: At the Child Development Clinic, Prasat Hospital, Surin Province

*อัญชลี ลวดเงิน, พบ. ว.ว. กุมารเวชศาสตร์**
*Anchalee Luadngoen, M.D., Dip, Thai Board of Pediatrics**
**กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32140*
**Department of Pediatric, Prasat Hospital, Surin Province, Thailand, 32140*
Corresponding author, E-mail address: Anchalee181178@gmail.com
Received: 06 Jan 2026. Revised: 13 Feb 2026. Accepted: 04 Mar 2026.

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : โรคออทิสติกสเปกตรัมเป็นความผิดปกติทางพัฒนาการระบบประสาทที่มีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีเด็ก 1 ใน 100 คนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก ในประเทศไทยมีเด็กออทิสติกประมาณ 1 ใน 161 คน การวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่ระยะแรกมีความสำคัญอย่างมากต่อผลลัพธ์ในระยะยาว อย่างไรก็ตามยังพบว่าเด็กออทิสติกแต่ละรายมีความแตกต่างกันมากในเรื่องของความรุนแรงของอาการและการตอบสนองต่อการรักษา โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร การศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเน้นศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง ทำให้ขาดข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งให้บริการเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ของประเทศ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการและผลการรักษาในผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัมที่มารับบริการที่คลินิกพัฒนาการ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

วิธีการศึกษา : การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังโดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กออทิสติกอายุ 1-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ณ คลินิกพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ในช่วงปี พ.ศ. 2557 - 2568 รวม 78 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 85.9) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุขณะเริ่มการรักษา โดยเด็กที่เริ่มรักษาเมื่ออายุมากกว่า 6 ปี มีแนวโน้มอาการรุนแรงกว่ากลุ่มเริ่มรักษาเร็วก่อน 6 ปี ($p = 0.022$) สำหรับผลการรักษา พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเร็ว คือ ความสม่ำเสมอในการเข้ารับบริการ ($p = 0.044$) และการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้อย่างครบถ้วน สม่ำเสมอ ($p = 0.012$)

สรุป : การวินิจฉัยและเริ่มการรักษาตั้งแต่อายุน้อย ความต่อเนื่องในการรักษาและการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้อย่างครบถ้วนสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยที่ทำให้ความรุนแรงของตัวโรครุนแรงลดลงและผลการรักษาดีขึ้นได้ในทุกช่วงวัย ผลการศึกษานี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของระบบการคัดกรองเชิงรุกและความร่วมมือของครอบครัวในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน

คำสำคัญ : ออทิสติกสเปกตรัม ความรุนแรงของอาการ ผลการรักษา โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป พัฒนาการล่าช้า

ABSTRACT

Background : Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder with continuously increasing global prevalence. The World Health Organization reports that 1 in 100 children are diagnosed with autism worldwide. In Thailand, approximately 1 in 161 children are affected by autism. Early diagnosis and intervention are crucial for long-term outcomes. However, significant variability exists in symptom severity and treatment response among children with ASD, particularly in community hospital settings with limited resources and personnel. Most previous studies have focused on large urban hospitals, creating a knowledge gap regarding community hospitals that serve the majority of children with ASD in the country.

Objective : To investigate the factors associated with symptom severity and treatment outcomes in pediatric patients with Autism Spectrum Disorder at the Child Development Clinic, Prasat Hospital, Surin Province.

Methods : This retrospective descriptive study reviewed medical records of 78 children aged 1 - 15 years diagnosed with ASD who received continuous treatment for at least one year at the Child Development Clinic, Prasat Hospital, Surin Province, between 2014 to 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Independent t-test, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results : The majority of subjects were male (85.9%). Significant factors associated with symptom severity included age at treatment initiation, where older children age over 6 years tended to exhibit higher severity ($p = 0.022$), Regarding treatment outcomes, treatment adherence ($p = 0.012$) and follow-up consistency ($p = 0.044$) were significantly associated with faster clinical improvement.

Conclusions : Early diagnosis and initiation of treatment, combined with consistent and continuous care, are critical factors in reducing disease severity and enhancing treatment outcomes throughout all stages of life. The findings of this study underscore the significance of proactive screening systems and family engagement in maintaining ongoing community-level care.

Keywords : Autism Spectrum Disorder, Symptom Severity, Treatment Outcomes, Community Hospital, General Hospital, Developmental Delay.

หลักการและเหตุผล

โรคออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder: ASD) เป็นความผิดปกติทางพัฒนาการระบบประสาทที่มีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ประมาณการว่าทั่วโลกมีเด็ก 1 คนใน 100 คนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติก[1] ขณะที่ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (CDC) รายงานความชุกที่สูงกว่าโดยพบว่ามีเด็ก 1 คนใน 36 คนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกในปี ค.ศ. 2023[2] การเพิ่มขึ้นของอัตราการวินิจฉัยนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัย ความตระหนัก ที่เพิ่มขึ้นและการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น Asia-Pacific Development Center on Disability (APCD) 2020 ระบุความชุกเด็กออทิสติกในประเทศไทยพบประมาณ 1 คนใน 161 คน หรือมีเด็กไทยที่อายุต่ำกว่า 5 ปีมีภาวะออทิสติกราว 18,220 คน[3] อย่างไรก็ตาม ตัวเลขที่แท้จริงอาจสูงกว่านี้ เนื่องจากข้อจำกัดในการเข้าถึงการวินิจฉัยโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและห่างไกล การวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่ระยะแรกมีความสำคัญอย่างมากต่อผลลัพธ์ในระยะยาว การศึกษาพบว่าการวินิจฉัยเร็วก่อนอายุ 3 ปีสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางพัฒนาการที่ดีกว่า[4] แต่ในความเป็นจริง อายุเฉลี่ยที่เด็กได้รับการวินิจฉัยทั่วโลกอยู่ที่ 4 - 5 ปี และในประเทศกำลังพัฒนาอาจสูงถึง 6 - 8 ปีหรือมากกว่า ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร การศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเน้นศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง ทำให้ขาดข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งให้บริการเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ของประเทศ[5,6] นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กออทิสติกแต่ละรายมีความแตกต่างกันมากในเรื่องของความรุนแรงของอาการ และการตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษาและปัจจัยด้านครอบครัว[7] โรงพยาบาลปราสาทจังหวัดสุรินทร์เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีการให้บริการคลินิกพัฒนาการเด็กและมีการดูแลเด็กออทิสติกอย่างต่อเนื่องโดยกุมารแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านพัฒนาการเด็กและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พยาบาลพัฒนาการเด็ก) ตั้งแต่ครั้งที่ยังเป็นโรงพยาบาลชุมชนและต่อเนื่องมาจนยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปในปัจจุบัน แต่ยังพบว่ามีความแตกต่างของผลการรักษาในเด็กแต่ละราย การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการและผลการรักษาเด็กออทิสติกในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนนโยบายสุขภาพจิตและพัฒนาการเด็กในระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

- เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม
- เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาเฉลี่ยของผลการรักษาอาการดีขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติกที่มารับบริการที่คลินิกพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ตั้งแต่เริ่มมีการจัดตั้งคลินิกวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2557 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2568

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาประชากรทั้งหมด (Total population sampling) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติกสเปกตรัมที่มารับบริการที่คลินิกพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ตั้งแต่เริ่มจัดตั้งคลินิกคือ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2568 ที่มีข้อมูลในเวชระเบียน

ครบถ้วนสำหรับการวิเคราะห์ จำนวน 78 ราย เนื่องจากเป็นการศึกษาในพื้นที่เฉพาะ (single-center study) ที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและติดตามอย่างต่อเนื่องจำกัด ผู้วิจัยจึงรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยทุกรายที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ (statistical power) ทำให้สามารถตรวจพบความแตกต่างหรือความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญได้ดีขึ้นเมื่อเทียบกับการสุ่มตัวอย่างเพียงบางส่วน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria)

- ผู้ป่วยอายุ 1 - 15 ปี
- ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder) ตามเกณฑ์มาตรฐาน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) วินิจฉัยโดยกุมารแพทย์ที่มีประสบการณ์และผ่านการอบรมทางด้านพัฒนาการและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (ในโครงการจิตแพทย์พี่เลี้ยง โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์และโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์) โดยกระบวนการวินิจฉัยอาศัยการบูรณาการข้อมูลผ่านแนวทางสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Approach) ซึ่งประกอบด้วยการสังเกตอาการทางคลินิก (Clinical Observation) การสัมภาษณ์ผู้ปกครอง (Structured Parent Interview) ร่วมกับการรวบรวมข้อมูลผลการประเมินจากนักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นและพยาบาลพัฒนาการเด็ก ผ่านชุดเครื่องมือประเมินที่เป็นมาตรฐาน ได้แก่ DSPM, TEDA4I, PDDSQ, M-CHAT,SDQ, IQ Test ตามระดับความสามารถและเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยตามเกณฑ์ทางคลินิก
- ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษามาจากที่อื่น
- ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายังไม่ครบ 1 ปี
- ผู้ป่วยที่ข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลปราสาท เลขที่หนังสือรับรอง PSH REC No.031/ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยการทบทวนเวชระเบียน จึงเข้าข่ายการขอยกเว้นการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วยหรือหมายเลขเวชระเบียน แต่จะใช้รหัส (code) แทนผู้ป่วยแต่ละราย มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้ จึงไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อสิทธิและสวัสดิภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการศึกษาแต่ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยออทิสติก ให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในอนาคต

ตัวแปรที่ศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรอิสระ

- ข้อมูลทั่วไป: เพศ อายุที่เริ่มเข้ารับการรักษา
- อาการที่นำมาพบแพทย์ โรคร่วม
- การรักษา: ความสม่ำเสมอในการมาตามนัด การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา (การปรับพฤติกรรม ส่งเสริมพัฒนาการและการใช้ยา)

ตัวแปรตาม

- ระดับความรุนแรงของโรค: น้อย (Mild) ปานกลาง (Moderate) รุนแรง (Severe)
- ระยะเวลาเฉลี่ยของผลการรักษาอาการดีขึ้น (เดือน)

นิยามศัพท์

โรคออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder: ASD) หมายถึง ความผิดปกติทางพัฒนาการที่มีลักษณะสำคัญคือมีความบกพร่องด้านการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและมีพฤติกรรมซ้ำๆ ความสนใจจำกัดหรือมีรูปแบบพฤติกรรมที่ไม่ยืดหยุ่นตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-5

ระดับความรุนแรงของโรค : แบ่งตาม DSM-5 ซึ่งกำหนดให้ระบุระดับความรุนแรงของ ASD ใน 2 ด้าน คือ 1) การสื่อสารทางสังคมและ 2) พฤติกรรมซ้ำซาก/จำกัด โดย DSM-5 แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 : ต้องการการช่วยเหลือ(mild) "Requiring support"

ด้านสังคม-สื่อสาร : มีความบกพร่องแต่ไม่รุนแรงมาก พยายามเข้าสังคมได้ แต่ไม่ประสบความสำเร็จ ความสนใจในปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง

พฤติกรรมซ้ำซาก : รบกวนการทำงานในบางบริบท ต้านทานการเปลี่ยนกิจกรรม ปัญหาการวางแผน รบกวนความเป็นอิสระ

ระดับ 2 : ต้องการการช่วยเหลือค่อนข้างมาก (Moderate) "Requiring substantial support"

ด้านสังคม-สื่อสาร : บกพร่องชัดเจน เริ่มปฏิสัมพันธ์ได้จำกัด ตอบสนองผิดปกติหรือลดลง พูดประโยคง่ายๆ การสื่อสารจำกัดแคบ

พฤติกรรมซ้ำซาก : พฤติกรรมซ้ำซากชัดเจน ทำให้คนสังเกตเห็นได้ง่าย รบกวนการทำงานในหลายบริบท เครียดเมื่อต้องเปลี่ยนแปลง

ระดับ 3 : ต้องการการช่วยเหลืออย่างมาก (Severe) "Requiring very substantial support"

ด้านสังคม-สื่อสาร : บกพร่องรุนแรงมาก เริ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้น้อยมาก ตอบสนองน้อยมากต่อผู้อื่น พูดไม่กี่คำ แทบไม่มีปฏิสัมพันธ์

พฤติกรรมซ้ำซาก : พฤติกรรมซ้ำซากรุนแรง รบกวนการทำงานทุกด้าน เปลี่ยนโฟกัสหรือกิจกรรมได้ยากมาก

การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาอย่างครบถ้วนสม่ำเสมอ ประกอบด้วย

- ผู้ปกครองปรับพฤติกรรม เสริมแรงพฤติกรรมที่เหมาะสม ลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และส่งเสริมพัฒนาการตามคำแนะนำเฉพาะรายโดยสหสาขาวิชาชีพ
- ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและครบถ้วน

โดยในการวิจัยนี้แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มโดยคิดจากจำนวนครั้งที่ปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างครบถ้วนเทียบกับจำนวนครั้งที่มาติดตามอาการทั้งหมด

ระดับดี ปฏิบัติตามได้มากกว่าร้อยละ 80

ระดับไม่ดี ปฏิบัติตามได้น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

การขาดการติดตามการรักษา (Loss to follow-up) แบ่งเป็น ≤ 2 ครั้งต่อปี และ > 2 ครั้งต่อปี โดยมีการนัดในช่วงแรกทุก 1 เดือน (1 - 3 ครั้ง) และหลังจากนั้นทุก 3 - 4 เดือน กระบวนการบำบัดรักษาประกอบไปด้วย 1) การใช้ยาตามข้อบ่งชี้ของอาการผู้ป่วย และ 2) กระบวนการบำบัดโดยนักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พยาบาลพัฒนาการเด็ก โดยการบำบัดพฤติกรรม Applied Behavior Analysis (ABA) การบำบัดการพูดและภาษา กิจกรรมบำบัด sensory integration และการบำบัดทางสังคม ตามความเหมาะสมของอาการที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยแต่ละราย

ระยะเวลาเฉลี่ยของผลการรักษาอาการดีขึ้น หมายถึง ระยะเวลานับตั้งแต่เริ่มรับการรักษาที่คลินิกพัฒนาการเด็กจนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามการประเมินของแพทย์และทีมสหวิชาชีพ วัดเป็นเดือน

ผลการรักษาอาการที่ดีขึ้น หมายถึงเด็ก ASD หลังได้รับการรักษามีระดับความรุนแรงของอาการลดลง โดยการประเมินผลลัพธ์การรักษา (Clinical Outcomes) พิจารณาจากการพัฒนาด้านศักยภาพและลดความรุนแรงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยใช้การติดตามอาการอย่างเป็นระบบ (Systematic Monitoring) ผ่านการสังเกตพฤติกรรมทางคลินิก (Clinical Observation) และการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเชิงลึก (Structured Parent Interview) ร่วมกับการประเมินโดยสหวิชาชีพ เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลเน้นการประเมินรอบด้านตามบริบทของแต่ละบุคคล (Individualized Assessment) ประกอบด้วย การวัดระดับพัฒนาการผ่าน TEDA4I การประเมินความรุนแรงของอาการผ่าน PDDSQ และการประเมินทักษะการปรับตัว (Adaptive Skills) ในด้านการดูแลตนเอง (Self-care) การสื่อสาร (Communication) และทักษะทางสังคม (Social Skills) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนถึงการพัฒนาการเชิงคุณภาพของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม R และ STATA โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) นำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ หรือค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ ข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับระดับความรุนแรงของโรค ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ การเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาเฉลี่ยของผลการรักษาอาการดีขึ้นระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Independent t-test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ และ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p value < 0.05

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยทั้งหมด 78 ราย เป็นเพศชาย 67 ราย (ร้อยละ 85.9) และเพศหญิง 11 ราย (ร้อยละ 14.1) อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษาอยู่ที่ 4.2 ± 2.1 ปี จำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่อมีความรุนแรงของอาการระดับปานกลางถึงรุนแรงมากกล่าวคือมีผู้ป่วยระดับน้อย 4 ราย (ร้อยละ 5.1) ระดับปานกลาง 48 ราย (ร้อยละ 61.5) และระดับรุนแรง 26 ราย (ร้อยละ 33.3)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการ

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุขณะเริ่มการรักษา (p = 0.022) โดยเด็กที่เริ่มรักษาในอายุมากกว่า 6 ปี มีอาการรุนแรงกว่ากลุ่มที่เริ่มรักษาตั้งแต่อายุน้อยกว่า 6 ปี

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค (n=78)

Characteristics	Severity			total	Chi-squared	p-value
	Mild (n=4)	Moderate (n=48)	Severe (n=26)			
Sex					**0.529**	**0.768**
male	3 (3.8%)	42 (53.8%)	22 (28.2%)	67 (85.9%)		
female	1 (1.3%)	6 (7.7%)	4 (5.1%)	11 (14.1%)		
Age					**11.449***	**0.022**
12 - 72 months	3 (3.8%)	43 (55.1%)	15 (19.2%)	61 (78.2%)		
73 - 96 months	0 (0.0%)	3 (3.8%)	6 (7.7%)	9 (11.5%)		
97 - 156 months	1 (1.3%)	2 (2.6%)	5 (6.4%)	8 (10.3%)		
Co-morbid (epilepsy cerebral palsy)					**0.788**	**0.674**
No	4 (5.1%)	40 (51.3%)	22 (28.2%)	66 (84.6%)		
Yes	0 (0%)	8 (10.3%)	4 (5.1%)	12 (15.4%)		

*ตัวเลขในวงเล็บแสดงร้อยละ * p < 0.05*

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษา

จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยของผลการรักษาอาการดีขึ้นของผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ที่ 12.5 ± 6.3 เดือน ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของผลการรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่มาตามนัดสม่ำเสมอ (ขาดนัด ≤ 2 ครั้ง/ปี) มีระยะเวลาของผลการรักษาอาการดีขึ้นเร็วกว่าผู้ป่วยที่ขาดนัดบ่อย (p = 0.044) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้ดีมีผลการรักษาที่ดีกว่าเช่นกัน (p = 0.012)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระยะเวลาเฉลี่ยของผลการรักษาอาการดีขึ้น (n=78)

Factors	n (%)	t-test	p-value
Sex		-0.358	0.721
male	67 (85.9%)		
female	11 (14.1%)		
Loss follow up		-2.050*	0.044
≤ 2 times per year	58 (74.4%)		
> 2 times per year	20 (25.6%)		
Co-morbid disease (ลมชัก ไข้ชัก cerebral palsy)		-1.993	0.070
no	66 (84.6%)		
yes	12 (15.4%)		
การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้อย่างครบถ้วน สม่ำเสมอ		2.620*	0.012
bad	33 (42.3%)		
good	45 (57.7%)		

** $p < 0.05$*

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่าอายุที่เริ่มได้รับการวินิจฉัยและเริ่มการรักษามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการ โดยเด็กที่เริ่มรักษาในวัยที่มากขึ้นมักมีอาการที่รุนแรงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Vivanti และคณะ[8] ที่ระบุว่า การวินิจฉัยและได้รับการบำบัดรักษาในระยะแรกมีความสำคัญอย่างมากต่อผลลัพธ์ในระยะยาว ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของระบบการคัดกรองและส่งต่อที่มีประสิทธิภาพในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้เด็กได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่ระบบการรักษาโดยเร็วที่สุด ผลการศึกษาเรื่องผลการรักษาพบว่าความสม่ำเสมอในการมารับบริการและการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความเร็วของอาการดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Moreno-Rangel และคณะ[9] ที่ระบุว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้ปกครอง (Parental Adherence) อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบมีผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ ข้อค้นพบนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการสร้างความเข้าใจและการสนับสนุนครอบครัวอย่างต่อเนื่อง การจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญของการมาตามนัดและการปฏิบัติตามแนวทาง การรักษาจึงเป็นสิ่งจำเป็น สิ่งที่น่าสนใจคือแม้ว่าอายุที่เริ่มการรักษาจะสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการแต่ไม่พบความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่อาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นั่นหมายความว่าเด็กที่เริ่มบำบัดตอนโตยังสามารถมีพัฒนาการที่ดีขึ้นภายในกรอบเวลาที่ใกล้เคียงกับเด็กที่เริ่มบำบัดตั้งแต่เล็กเมื่อได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gabbay-Dizdar และคณะ[10] ที่พบว่าทุกช่วงวัยสามารถตอบสนองต่อการบำบัดได้หากได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการมี Co-morbid disease (ลมชัก สมองพิการ) ไม่พบความแตกต่างของผลการรักษาอาการดีขึ้น ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่เด็กที่มีโรคร่วมโดยเฉพาะอาการทางระบบประสาทมักมีการตอบสนองต่อการรักษาช้ากว่า ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากข้อจำกัดงานวิจัยด้านจำนวนประชากรที่ไม่มากพอทำให้ไม่เห็นความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงโรคร่วมทางระบบประสาทของเด็กในงานวิจัยนี้ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาคุมอาการได้ดี และอาการของโรคไม่รุนแรง

สรุป

การวินิจฉัยและเริ่มการรักษาตั้งแต่อายุน้อยมีความสำคัญต่อการลดระดับความรุนแรงของอาการในเด็กออทิสติก อย่างไรก็ตาม ความต่อเนื่องในการรักษาและการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้อย่างครบถ้วนสม่ำเสมอเป็นปัจจัยหลักที่ช่วยให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการดีขึ้นได้ในทุกช่วงวัย

ผลการศึกษานี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของ

1. ระบบการคัดกรองเชิงรุกในระดับปฐมภูมิเพื่อให้สามารถวินิจฉัยเด็กออทิสติกได้เร็วขึ้น

2. การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่ครอบครัวเกี่ยวกับความสำคัญของการมาตามนัดและการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

3. ระบบติดตามและสนับสนุนครอบครัวอย่างต่อเนื่องเพื่อลดอัตราการขาดนัด

4. การพัฒนาแนวทางการดูแลแบบสหวิชาชีพที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปเพื่อให้เด็กออทิสติกได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะของงานวิจัย

1. Single-center study: การศึกษาในโรงพยาบาลเดียวทำให้ผลการศึกษาไม่สามารถนำไปใช้กับบริบทอื่นได้โดยตรง โดยเฉพาะโรงพยาบาลในเขตเมืองหรือโรงพยาบาลเอกชนที่มีทรัพยากรและประชากรแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามอาจเป็นข้อมูลหรือแนวทางสำหรับโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลที่ขาดแคลนเครื่องมือและบุคคลากร

2. การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective design) มีข้อจำกัดเรื่องความสมบูรณ์ของข้อมูลในเวชระเบียนอาจมี information bias จากการที่ข้อมูลถูกบันทึกโดยบุคลากรหลายคนที่อาจมีมาตรฐานการบันทึกแตกต่างกัน หากต้องการการศึกษาที่ได้ข้อมูลครบถ้วนควรดำเนินการศึกษาติดตามแบบไปข้างหน้า (prospective cohort study) เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 - 5 ปี ในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและครอบคลุมพื้นที่หลายแห่ง เพื่อรวบรวมข้อมูลที่สมบูรณ์และมีมาตรฐานตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อยืนยันผลการศึกษาและขยายความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์การรักษาในบริบทของประเทศไทย

3. Population sampling: แม้จะมีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกราย แต่ก็ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีขนาดจำกัดและมีการกระจายที่ไม่สมดุล ทำให้ข้อมูลไม่เหมาะสมเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ และอาจทำให้เกิด Type II error คือไม่สามารถตรวจพบความแตกต่างที่มีอยู่จริงรวมถึงการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามช่วงวัยอาจยังไม่เหมาะสม ส่งผลให้มีปัจจัยรบกวนของพัฒนาการและฮอร์โมนเข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งอาจจะกระทบต่อผลลัพธ์ของงานวิจัย

4. Outcome measurement: เนื่องจากข้อจำกัดทางทรัพยากรทั้งทางเครื่องมือและบุคคลากรการประเมินผลการรักษาอาการดีขึ้น ในการศึกษานี้อาศัยการประเมินเชิงคลินิกและการสัมภาษณ์ผู้ปกครองและเครื่องมือพื้นฐานซึ่งอาจมี subjectivity และ recall bias หากสามารถใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ที่เป็นมาตรฐานสากล เช่น Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS), Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) severity scores,Thai ATEC, CARS-2 จะทำให้ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยได้ผลลัพธ์ที่เที่ยงตรงและน่าเชื่อถือมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ขอขอบคุณทีมงานคลินิกพัฒนาการเด็กทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมถึงอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Autism. [Internet]. [Cited 2024 Jan 1]. Available from:URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders.
2. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. MMWR Surveill Summ 2023;72(2):1-14. doi: 10.15585/mmwr.ss7202a1.
3. Asia-Pacific Development Center on Disability Foundation. Persons with Autism in Health Services. In: Asia-Pacific Development Center on Disability Foundation. Autism at a Glance in ASEAN Under the Autism Mapping Project in the ASEAN Region: Part II Country Profiles. Bangkok : Asia-Pacific Development Center on Disability Foundation ; 2020 : 428.
4. Hyman SL, Levy SE, Myers SM; COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. Pediatrics 2020;145(1): e20193447. doi: 10.1542/peds.2019-3447.
5. Teekavanich S, Wannapaschaiyong P. Factors Associated with Age at Diagnosis of Autism Spectrum Disorder in Pediatric Patients at Sawanpracharak Hospital, Thailand. Siriraj Med J 2023;75(11):778-83. DOI: https://doi.org/10.33192/smj.v75i11.265066
6. Mandell DS, Morales KH, Xie M, Lawer LJ, Stahmer AC, Marcus SC. Age of diagnosis among Medicaid-enrolled children with autism, 2001-2004. Psychiatr Serv 2010;61(8): 822-9. doi: 10.1176/ps.2010.61.8.822.
7. Lord C, Charman T, Havdahl A, Carbone P, Anagnostou E, Boyd B, et al. The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. Lancet 2022; 399(10321):271-334. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01541-5.
8. Vivanti G, Dissanayake C; Victorian ASELCC Team. Outcome for Children Receiving the Early Start Denver Model Before and After 48 Months. J Autism Dev Disord 2016;46(7):2441-9. doi: 10.1007/s10803-016-2777-6.
9. Moreno-Rangel RA, Moreno-Rodríguez D, Ruiz F J. Psychological flexibility and treatment adherence to the therapy among parents of Autistic Children. Avances en Psicología Latinoamericana 2020;38(2):1-13. Doi: https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7904
10. Gabbay-Dizdar N, Ilan M, Meiri G, Faroy M, Michaelovski A, Flusser H, et al. Early diagnosis of autism in the community is associated with marked improvement in social symptoms within 1-2 years. Autism 2022;26(6):1353-63. doi:10.1177/13623613211049011.